



**COLEGIO DE  
PSICÓLOGAS  
Y PSICÓLOGOS**

PROV. DE SANTA FE · 2º CIRC  
ROSARIO · ARGENTINA

## **INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN ITERMEDICINA (ALL MEDICINE)**

(Autorización por el sistema de AMR con el N°52 + R/P)

- Autorizar de manera online a través de AMR, convenio N° 52.
- Se pueden autorizar hasta 4 sesiones juntas.
- Completar la parte inferior de la autorización.
- Adjuntar R/P con pedido de sesiones (Dejamos dos sugerencias/modelos de R/P).
- Reconoce plan IterMedicina- OSPACA (antiguamente All Medicine).

- Reconoce atención remota. Adjuntar hoja impresa del mail enviado por el/la paciente, con el consentimiento de la práctica realizada. Ante cualquier duda, se puede consultar por mail a [protocolopsi2020@gmail.com](mailto:protocolopsi2020@gmail.com)
- Consentimiento vía mail: "(Nombre del/la paciente) \_\_\_\_, con DNI N°\_\_\_\_\_ afiliado a (nombre de la O.S.), con N° de afiliación \_\_\_\_\_, he aceptado y confirmo la realización de (1) \_\_ (práctica que corresponde) \_\_\_\_\_, con el /la Psicóloga/o (2) \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ a las \_\_\_ horas."



# COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

PROV. DE SANTA FE · 2° CIRC  
ROSARIO · ARGENTINA

## MODELO DE R/P 1

N° MAT.	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
OBRA SOCIAL	<input type="text"/>		
N° Afiliado:	<input type="text"/>		
Nombre y Apellido:	<input type="text"/>		
Solicito autorización para ..... sesiones de .....			
..... (cód. ....)			
Diagnóstico:	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			
Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dir. Consultorio: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

.....  
Firma y Sello



# COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

PROV. DE SANTA FE · 2º CIRC  
ROSARIO · ARGENTINA

## MODELO DE R/P 2

EJ: 4 (Cuatro)  
Sesiones  
Psicoterapia  
Individual  
(330101)

*Nombre y Apellido*  
*Psicólogo/a- Mat. N°.xxxx*

**R/P:**  
Nombre y apellido de la/el pte:  
DNI:  
Obra Social:  
N° De Afiliado/a:  
Diagnóstico:

Solicito autorización para realizar .....sesiones de  
.....(Código .....) para el mes de ..... de 20.....

Firma y  
sello profesional

*Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad*

## AUTORIZACIÓN AMR

 <b>Autorizaciones En Línea</b>	<b>AUTORIZACION NRO: A06-M31-J03</b>		67555/6 67555/6		
					
<b>Convenio: ITER MEDICINA</b> <b>Prestador:</b> ..... <b>Profesional:</b> ..... <b>Afiliado:</b> ..... <b>Plan: OSPACA</b> <b>Cond.IVA: Gravado</b> <b>Fecha: 01-02-2020</b> <b>Pág: Pág: 1 de 1</b>					
Código	Descripción	Cant.	Bonos	Nro Bono	Urg.
330101	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS ..	1	\$ 200.00		No
 Conformidad del Afiliado		Nota: Las prestaciones marcadas con @@ están sujetas a AUDITORIA POSTERIOR			